

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

202

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Mars 1896, à 1 heure

Par PAUL SPINDLER,

Né à Paris, le 3 Mai 1867.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Pharmacien de 1^{re} classe.

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE

DES MEMBRANES

DANS SES RAPPORTS AVEC L'INSERTION DU PLACENTA

SUR

Le segment inférieur de l'utérus

Président : M. BERGER, professeur.

POUCHET, professeur.

Juges : MM.

BAR, agrégé

GILBERT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Mars 1896, à 1 heure

Par PAUL SPINDLER,

Né à Paris, le 3 Mai 1867.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Pharmacien de 1^{re} classe.

Ex-interne des hôpitaux de Paris.

DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE

DES MEMBRANES

DANS SES RAPPORTS AVEC L'INSERTION DU PLACENTA

SUR

Le segment inférieur de l'utérus

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. {
POUCHET, professeur.
BAR, agrégé.
GILBERT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N....
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	RETERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les discussions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en aura leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE CEUX QUI M'ONT AIMÉ

A CEUX QUI M'AIMENT

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAR

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Accoucheur des hôpitaux.

A M. LE DOCTEUR JUST CHAMPIONNIÈRE

Membre de l'Académie de Médecine.

Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547114_0036

AVANT-PROPOS

Etant externe à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Bar, nous l'avons vu à maintes reprises attirer notre attention sur les rapports qui pouvaient exister entre la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain et l'insertion vicieuse du placenta. Aussi ce ne fut pas, pour nous, une bien grande surprise, quand il nous indiqua ce sujet pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons certes pas l'intention de trancher d'une façon définitive cette question étudiée par bien des auteurs, et notamment par M. le professeur Pinard, mais nous espérons, cependant, que nous n'aurons pas en vain consacré notre temps à cette étude.

Avant d'aborder notre sujet, il est de notre devoir d'adresser à notre cher Maître, M. le professeur agrégé Bar, nos plus sincères remerciements pour nous avoir guidé dans notre travail et nous avoir aidé de ses bons conseils.

Nous n'oublierons jamais que c'est lui qui nous a initié à l'art, si difficile parfois, des accouchements, et que c'est à lui que nous devons toutes nos connaissances en obstétrique.

Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profonde gratitude, et cela, d'autant plus que, dans maintes circonstances, il nous donna des preuves d'une grande sympathie.

Nous devons aussi rendre hommage à notre éminent Maître, M. le professeur Berger, pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, aussi bien durant notre année d'externat que plus tard. Qu'il nous permette de lui exprimer ici nos remerciements les plus respectueux et qu'il veuille bien accepter cet humble témoignage de notre vive reconnaissance, bien faible gage pour les marques de bienveillance qu'il nous a prodiguées et l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre gratitude est acquise à M. le docteur Just Championnière, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève et l'interne en pharmacie, à l'hôpital Saint-Louis, et qui nous donna tant de marques d'intérêt.

Nous nous garderons bien d'oublier nos maîtres des hôpitaux, M. le professeur Hayem et M. le docteur Gouraud, pour l'enseignement qu'ils nous ont donné au lit des malades, et M. le docteur Gingeot, pour la vive sympathie qu'il nous témoigna dans le cours de l'année 1895.

Nous n'oublierons pas davantage M. le docteur Lutz, pharmacien honoraire des Hôpitaux, ni M. Portes, pharmacien des Hôpitaux, qui ont été nos chefs à l'hôpital Saint-Louis, durant notre internat en pharmacie.

Nous remercions également M. le docteur Budin, accoucheur en chef de la Maternité, et son interne, M. Brindeau, de nous avoir facilité notre tâche, en nous communiquant une partie de nos observations.

DIVISION

Dans le cours de notre travail, nous étudierons, tout d'abord, les nombreuses causes déjà invoquées dans les cas de rupture prématurée des membranes.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons le but et le résultat de nos recherches ; et, nous pourrons alors, dans un troisième chapitre, comparer nos résultats avec ceux déjà fournis par les auteurs : ce qui nous permettra de tirer quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Que devons-nous, tout d'abord, entendre par rupture prématurée des membranes? Considérons-nous comme prématurée, comme on pourrait le faire à la rigueur, toute rupture des membranes qui se ferait avant le temps d'élection, c'est-à-dire avant la dilatation complète? Nous pensons que cette manière de voir serait trop exclusive et que nous arriverions ainsi à un chiffre très élevé de ruptures prématurées.

Nous prendrons, comme points de repère, les limites indiquées par M. le professeur Pinard. Comme lui, nous considérerons comme tempestive, toute rupture des membranes qui aura lieu au moment de la dilatation complète; comme précoce, celle qui se fera au début du travail; et comme prématurée celle qui se produira pendant la grossesse et avant le travail de l'accouchement.

Nous admettrons donc qu'il y a rupture prématurée des membranes, lorsque ces dernières viennent

à se rompre avant tout indice de travail, ou bien, lorsque la rupture constitue par elle-même le premier phénomène du travail.

Cette rupture intempestive des membranes a été observée de tout temps.

Hippocrate la mentionne : « Chez quelques femmes, « dit-il, les eaux s'écoulent avant l'accouchement ; « de la sorte, nécessairement les douleurs sont « sèches et laborieuses ; celles, au contraire, dont les « eaux ne sortent pas prématurément, accouchent « plus facilement. »

Voici le texte grec : « "Εναι δὲ καὶ τὰ λόγια πρὸ τοῦ ἐμβρύου « ἀφίξις, ὥστε ἀναγκαῖον τῇν ὥθιναν ξηρὰν εἶναι καὶ ἐπίπονον. ὅσαι δὲ « τὰ λόγια μὴ προκαθαίρονται, ῥᾶν ἀπαλλάττουσιν ἐν τῇ τόκῳ ».

Après cet auteur, les médecins observent pour la plupart la rupture prématurée des membranes ; mais, pour eux, c'est un événement, le plus souvent fâcheux pour la mère et l'enfant. Ils constatent, en somme, la rupture intempestive ; mais ils n'en donnent pas la cause.

Vers la fin du xvii^e siècle, Mauriceau publie dans ses *Observations sur la grossesse et l'accouchement*, un certain nombre de cas de rupture prématurée des membranes.

« Le 1^{er} février 1691, dit-il dans son observation « DCX, j'ai accouché une jeune femme de son « premier enfant, qui était un gros garçon, dont les « eaux s'étaient écoulées depuis 7 jours, sans aucune « douleur. »

Il fait remarquer d'autre part, dans son observa-

tion DCXVII, que « lorsque l'on voit une femme
« vuidier ainsi des eaux de la matrice sans douleur
« et sans aucune considérable ouverture de cette
« partie, on ne doit pas toujours croire pour cela
« qu'elle soit en travail ; car le véritable travail ne
« commence que lorsque les douleurs surviennent
« après l'entier écoulement de ces eaux ; ce qui
« arrive ordinairement en ces sortes d'occasions
« après 18 ou 20 heures de tems, quand la femme
« est véritablement à la fin du terme de sa gros-
« sesse. »

Mauriceau cherche à expliquer les ruptures prématurées par la différence, dans chaque cas, d'épaisseur des membranes. Ainsi, à la page 259 du livre II de son *Traité des maladies des femmes grosses*, nous lisons que « parfois les membranes sont si
« fortes qu'elles ne se peuvent rompre, ou si faibles
« que les eaux les percent trop tôt ».

Et ailleurs « les faibles se rompant prématurément font que les eaux s'écoulent avant que la
« matrice soit suffisamment dilatée..... L'enfant y
« demeure à sec ».

Pendant un siècle environ, les accoucheurs adoptent l'opinion de Mauriceau ; mais toutefois il semble à Puzos qu'il doit exister autre chose qu'un degré de plus ou moins grande épaisseur des membranes.

Dans son *Traité des accouchements*, publié en 1759, il nous dit que « les membranes qui sont trop
« minces sont exposées à se rompre trop tôt et à
« laisser par conséquent écouler les eaux avant que

« l'orifice de la matrice soit suffisamment dilaté ». De plus, « les femmes grasses, sans doute parce qu'elles ont la fibre plus lâche, ont plus ordinairement les membranes faibles et trop faciles à se rompre ». Il voit donc là une cause prédisposante à la rupture intempestive des membranes ; mais où cet auteur se place au-dessus de ses contemporains, c'est lorsqu'il s'élève contre l'opinion générale qui veut que la rupture prématurée soit un danger pour la mère et l'enfant.

Levret, qui est de la même époque, se rattache à l'opinion de Puzos ; pour cet auteur, la rupture prématurée est un accident relativement assez fréquent chez les femmes grasses et lymphatiques.

Baudelocque, dans son *Art des accouchements*, nous apprend que « les membranes se déchiraient presque toujours au commencement du travail, quand elles sont d'une texture faible et délicate » : mais pour lui, contrairement à Puzos, la rupture intempestive des membranes assombrirait un peu le pronostic, car « les eaux, dit-il, s'étant écoulées prématurément, l'accouchement est quelquefois plus long et plus difficile ».

M^{me} Lachapelle regarde la rupture prématurée comme très funeste, car, « plus il y a de temps, dit-elle, que le travail dure, plus par dessus tout, il y a de temps que les membranes sont rompues, plus la mère et l'enfant sont en péril ». En outre, elle semble rattacher à la gémellité la plupart des ruptures intempestives des membranes.

Le pronostic fâcheux, attribué par tous jusque-là aux cas de rupture prématurée, est admis également par Paul Dubois qui, toutefois, fait certaines réserves, en trouvant exagérées les opinions régnantes. Le premier, il invoque les contractions indolores de l'utérus pour expliquer les ruptures prématurées des membranes, car, écrit-il en 1856, dans le *Courrier médical*, « elle se produit le plus souvent
« sous l'influence de contractions utérines indolores,
« dont les femmes n'ont pas la conscience; mais ce
« qu'il faut bien savoir, c'est que les contractions
« utérines indolores ne peuvent ainsi rompre les
« membranes prématurément qu'à une condition :
« C'est qu'il existera dans celles-ci une disposition,
« une texture favorable à leur rupture. Cette dispo-
« sition est la faiblesse même des membranes, leur
« minceur, leur fragilité trop grande. Cet état parti-
« culier des membranes tenant à la constitution
« même de l'œuf et celle-ci à l'état général de la
« femme, peut, par cela même, se produire plusieurs
« fois dans les grossesses successives. »

Après Paul Dubois, Hubert enseigne dans les leçons qu'il professe à l'Université de Louvain, que
« la rupture des membranes avant le travail sur-
« vient surtout quand l'enfant se présente par
« l'extrémité pelvienne et que l'orifice utérin est
« déjà entr'ouvert, comme cela se voit parfois chez
« les multipares ». Pour cet auteur, la rupture prématurée ne retarderait pas l'accouchement.

Le professeur Depaul s'exprime ainsi dans son

article du *Dictionnaire* : « L'œuf peut s'ouvrir prématurément, c'est-à-dire bien avant l'époque que je viens d'assigner comme étant la plus désirable et la plus naturelle, et même lorsque le col est encore fermé et pourvu de ses deux orifices..... Il faut tenir grand compte de la fragilité de l'enveloppe fœtale. »

Ailleurs, dans ses *Cliniques*, il dit : « La rupture prématurée est de règle dans les cas de présentation vicieuse. La raison en est que, dans ces cas, le liquide s'accumule de plus en plus et les membranes, ne pouvant plus prêter, se rompent. »

Contrairement à Dubois, le professeur Depaul n'admet donc pas de différence dans la texture des membranes qui se rompent prématurément et de celles qui se rompent au temps d'élection.

Pour le docteur Guéniot, l'insuffisance de l'alimentation et la dépression morale sembleraient prédisposer à la rupture intempestive.

En 1873, le docteur Garipuy fait une étude assez approfondie de la rupture prématurée des membranes, mais il admet la fragilité des membranes, fragilité due à leur structure spéciale, comme le croyait Paul Dubois.

Dans les *Archives de Tocologie* (1876), le docteur Charpentier dit que seule la déformation du bassin doit être incriminée.

Dans sa thèse inaugurale, Roulin montre par des examens histologiques qu'il n'y a aucune différence dans la structure des membranes, qu'elles se rompent

prématurément ou non. Il remarque bien dans deux cas la coïncidence de la rupture prématurée des membranes avec une rupture de ces membranes très proche du bord placentaire ; mais, pour lui, ce ne semble être que pure coïncidence, car il cherche plutôt à expliquer la rupture des membranes par « les contractions utérines, mais contractions exagérées par des excitants divers » ; et ces excitants « seraient les causes occasionnelles ou déterminantes de la rupture prématurée des membranes ».

Le docteur Poulet, de Lyon, dans les *Annales de Gynécologie*, admet plusieurs causes possibles de la rupture prématurée des membranes ; mais cependant, il fait volontiers jouer un certain rôle à l'implantation vélamenteuse du cordon.

Roisin, en étudiant à son tour la rupture intempestive des membranes, prétend qu'il y a souvent des récidives chez la même femme, mais il ne nous en donne pas la cause.

En 1882, le docteur H. Alézaïs attribue la rupture prématurée à la multiparité et aux présentations anormales.

Cette rupture intempestive serait même pour lui un événement heureux ; elle abrégerait notablement la durée du travail.

Il faut attendre encore une année pour voir le docteur Lacaille déclarer dans sa thèse que l'insertion vicieuse du placenta serait une cause fréquente

de la rupture prématurée des membranes ; et ses conclusions sont bien formelles à cet égard.

« 1^o Quand le placenta est inséré sur le segment
« inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou
« du sang et la rupture des membranes ainsi que
« l'accouchement se font prématurément ;

« 2^o Lorsque le placenta est inséré au-dessus de
« 12 centimètres à peu près de l'orifice utérin, c'est-
« à-dire au moins dans le segment moyen de l'uté-
« rus, la grossesse est dans les conditions voulues
« pour aller à terme et la rupture des membranes
« ne doit se faire qu'à la dilatation complète ;

« 3^o Le placenta est-il inséré au dessous de
« 12 centimètres, c'est-à-dire empiète-t-il sur le seg-
« ment inférieur, la grossesse, pour ce seul fait, sera
« entravée dans son évolution, à dater du septième
« mois, et la rupture des membranes précédera tou-
« jours la dilatation complète et souvent même tout
« travail ;

« 4^o Le lieu d'insertion du placenta le plus favo-
« rable au développement et à la nutrition du fœtus
« est le fond ou tout au moins le tiers supérieur de
« l'utérus. »

Le docteur Lacaille met donc nettement en cause l'insertion vicieuse du placenta.

Qu'il nous soit permis de nous arrêter un peu pour définir ici ce que nous devons entendre et ce que nous entendrons désormais par insertion vicieuse du placenta.

Il y a en réalité insertion vicieuse dès que le placenta déborde l'anneau de Bandl. Toutefois, nous ne pouvons nous en tenir à cette définition, car, cet anneau, anneau de contraction avant tout, est un élément trop variable pour que nous puissions ainsi fixer une limite précise à l'insertion vicieuse du placenta. Nous nous en rapporterons donc à la définition donnée par Barnes (1).

Cet auteur divise l'utérus en trois parties en y faisant passer deux plans perpendiculaires à son axe. Ces deux plans forment deux cercles : l'un supérieur ou cercle polaire supérieur, et l'autre inférieur ou cercle polaire inférieur. Les trois zones ainsi limitées se divisent en zone supérieure, comprenant le fond de l'utérus où longtemps l'on crut que s'inséraient presque tous les placentas, en zone moyenne et enfin en zone inférieure. Ce serait cette dernière zone que Barnes considère comme dangereuse, zone qui s'étendrait du cercle polaire inférieur à l'orifice externe du col et qui aurait ainsi une hauteur d'environ 10 centimètres. Nous dirons donc que tout placenta qui sera distant de l'orifice externe du col de 10 centimètres ou de moins de 10 centimètres aura une insertion vicieuse.

Dans tout le cours de notre travail, les mots *insertion vicieuse* et *insertion sur le segment inférieur* seront synonymes et nous les emploierons alternativement l'un pour l'autre.

(1) Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*, traduites par M. le Dr Cordes.

Revenons maintenant à notre sujet. — Le docteur Lacaille, avons-nous dit, attribue donc la rupture prématurée des membranes à l'insertion vicieuse du placenta. Le docteur Kemper, dans un article publié en 1885 dans le *The américain journal of the médical sciences* n'indique pas de cause précise de la rupture prématurée des membranes : il observe seulement des récives fréquentes et admet la possibilité de l'influence atmosphérique et surtout des températures basses.

En 1886, l'insertion vicieuse du placenta est nettement mise en cause par M. le professeur Pinard. Dans les *Annales de Gynécologie*, il dit que « si l'on mesure les distances qui séparent les bords « de l'ouverture des membranes des bords corres- « pondants du placenta, l'on aura assez approxima- « tivement les distances qui séparaient le placenta « des bords de l'orifice utérin. » D'autre part, « il y « aura eu insertion du placenta sur le segment infé- « rieur toutes les fois que d'un côté de l'orifice de « rupture les membranes tendues mesureront « moins de dix centimètres. »

C'est en pratiquant les mensurations des membranes que M. le professeur Pinard est arrivé aux conclusions suivantes :

- 1° « Le placenta s'insère très souvent sur le segment moyen et sur le segment inférieur de l'utérus ;
- 2° « La rupture prématurée des membranes est « causée le plus souvent par l'insertion du placenta « sur le segment inférieur ;

3° « L'accouchement prématuré est très souvent
« provoqué par la présence du placenta sur le seg-
« ment inférieur, soit qu'il y ait hémorrhagie, soit
« qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit
« qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents. »

La mensuration des membranes, telle que l'a pratiquée M. le professeur Pinard a été critiquée dans la thèse du docteur Maksud. (Paris 1893). En effet pour ce dernier, il faudrait tenir compte de la direction de la rupture et l'on arriverait ainsi à mettre en doute l'insertion vicieuse du placenta comme cause de la rupture prématurée des membranes.

Enfin M. Maggiar, dans son travail d'ensemble, fait l'année dernière sur la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur arrive à trouver une proportion considérable (57,52 0/0) d'insertions vicieuses. C'est également sur la mensuration des membranes que reposent ses statistiques.

Si nous voulons maintenant résumer l'état de la question, nous pourrions dire que d'une part, l'insertion vicieuse du placenta est nettement indiquée par M. le professeur Pinard, comme cause de la rupture prématurée des membranes; et que, d'autre part, cette même cause est mise en doute par le docteur Maksud. En effet, pour ce dernier, il y a de nombreux cas où la rupture des membranes ne se fait qu'à la dilatation complète, bien que le placenta soit inséré très bas sur le segment inférieur de l'utérus.

C'est précisément cette diversité d'opinion qui nous a fait entreprendre nos recherches : nous nous sommes proposé de voir, en pratiquant les mensurations des membranes d'un certain nombre de placentas, si, oui ou non, il existe des rapports entre la rupture prématurée des membranes et l'insertion vicieuse du placenta.

CHAPITRE II

Le but que nous nous sommes proposé de poursuivre, avons-nous dit précédemment, est donc le suivant :

1^o Pratiquer des mensurations de membranes sur un certain nombre de placentas.

2^o Etablir s'il existe des rapports entre la rupture prématurée des membranes et l'insertion vicieuse du placenta.

Comment tout d'abord avons-nous pu nous rendre compte de la hauteur de l'insertion du placenta dans l'utérus ?

Nous avons pour cela suivi le conseil de Barnes (1). En effet, pour cet auteur, « la portion du placenta « qui s'est présentée à l'orifice est reconnaissable à « ce que les membranes se sont rompues tout au « près. En mesurant la distance de cette déchirure

(1) Loco citato.

« au bord inférieur du placenta, on aura donc exactement la distance du placenta à l'orifice. »

D'autre part, nous avons admis plus haut, que l'on devait considérer comme vicieusement inséré tout placenta qui empiéterait sur le segment inférieur, c'est-à-dire qui serait distant de moins de 10 centim. de l'orifice externe du col.

Ce sont donc ces mensurations des membranes que nous avons faites sur un grand nombre de placentas dans le service de M. le professeur agrégé Bar, suppléant M. le professeur Tarnier, à la Clinique d'accouchement et de gynécologie.

Pour pratiquer la mensuration des membranes, nous placions dans un plateau le placenta sur sa face utérine; nous cherchions l'ouverture des membranes et nous introduisions la main dans l'intérieur de l'œuf. Il nous suffisait alors de tendre les membranes en les soulevant, et d'en faire la mensuration. Puis, nous prenions deux des diamètres en croix du placenta ainsi que le point d'insertion du cordon.

Enfin, nous schématisions le placenta et l'orifice des membranes de la façon suivante : Nous décrivions une série de dix cercles concentriques distants de 4 millimètres les uns des autres. Nous prenions comme centre de tous ces cercles le point d'insertion du cordon et nous reportions sur l'ensemble de ces cercles le contour du placenta calculé de façon à ce que 2 millimètres de notre schéma représentassent 1 centimètre du placenta; en un mot nous avons choisi comme échelle $\frac{1}{5}$. Nous faisons de même

pour l'ouverture des membranes, mais à une échelle moindre, à 1/10.

Nous représentons ci-dessous une réduction de trois de nos schémas, de façon à bien faire comprendre comment nous avons pratiqué nos mensurations et comment nous avons pu les représenter.

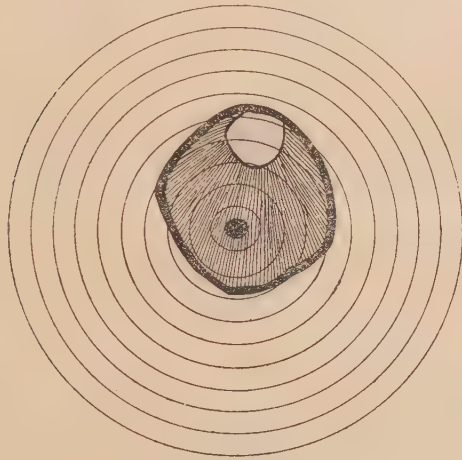


FIGURE I. — Placenta dont les membranes se sont rompues prématurément et cela au niveau du bord placentaire.
(N° 1 du premier tableau.)

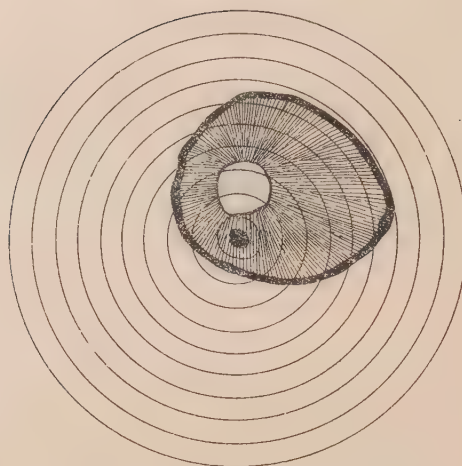


FIGURE II. -- Placenta dont l'ouverture des membranes se trouve à 8 centim. du bord placentaire. (N° 21 du tableau III.)

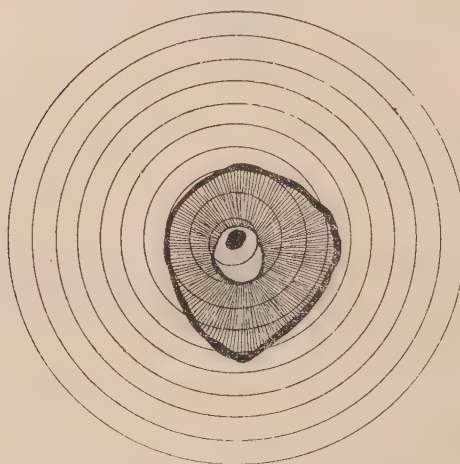


FIGURE III. — Placenta d'un enfant de 3.700 grammes. La distance minima du bord de l'ouverture des membranes au bord placentaire est de 12 centim. : la rupture des membranes avait eu lieu spontanément à la dilatation complète. (N° 47 du tableau V.)

Mais pouvions-nous tenir compte de tous les placentas qui nous étaient présentés à la Clinique ? Assurément, non : ceux dont les membranes étaient incomplètes ou déchirées, étaient éliminés par cela même.

Devions-nous comprendre dans notre statistique tous les placentas dont les membranes étaient complètes, quel qu'en fût le diamètre de l'ouverture ? Certes, non : car, comme l'a très bien dit le docteur Maksud dans sa thèse inaugurale, s'il n'y a pas de déchirure des membranes par propagation « le « minimum de l'ouverture doit être calculé d'après « le volume de la tête qui, descendant fléchie dans « l'excavation, a sa plus grande circonférence représentée par le diamètre S. O. F. qui mesure 32 1/2 « à 33 centim. chez un enfant moyen du poids de « 3.250 gr. ce qui fait à peu près 17 centim. »

Toutefois comme ce chiffre de 17 centim. ne serait plus vrai pour les enfants d'un poids supérieur à la moyenne, nous avons admis dans nos calculs un maximum de 20 centim. comme ouverture des membranes. Nous avons alors rejeté de parti pris tout placenta dont les membranes quoique complètes présentaient un orifice supérieur à 20 centim.

Il nous arriva souvent, en examinant des placentas, d'observer le décollement ou le glissement de l'amnios ; d'autres fois, il y avait eu une poche amnio-choriale et les membranes ne présentaient pas de parallélisme entre elles au niveau des bords de l'ouverture. Pour éviter ces diverses causes d'erreur

nous n'avons jamais tenu compte, dans nos mensurations, que de la rupture du chorion qui, bien qu'élastique, ne peut nullement glisser.

Telle a été notre façon de procéder dans nos recherches.

Nous avons personnellement recueilli les mensurations de 409 placentas et nous devons à l'obligeance de M. Brindeau, interne à la Maternité, celles de 250 placentas, dont nous avons pu tenir compte après avoir procédé à la même élimination que pour nos propres mensurations.

Nous avons cru préférable de mettre nos résultats sous forme de tableaux. Au nombre de six, ces tableaux indiqueront chacun le degré de parité de la mère ainsi que l'époque de l'accouchement. La présentation et la position ainsi que le poids de l'enfant seront mentionnés, et dans une dernière colonne se trouvera inscrite la distance minima séparant le bord de l'ouverture des membranes du bord placentaire.

En outre chaque tableau correspondra à un degré différent du travail, indiquant ainsi à quel moment aura eu lieu la rupture des membranes.

Dans notre premier tableau, nous n'avons groupé que les cas où il y avait eu rupture prématurée des membranes. Nous avons ainsi pu réunir 108 observations dont 78 nous sont personnelles et 30 sont dues à l'obligeance de M. Brindeau. Dans tous ces cas, la rupture des membranes avait précédé d'au moins une heure et même parfois de quelques jours l'apparition des premières douleurs. Dans ce premier

tableau, nous avons en outre indiqué l'état de l'enfant à sa naissance.

Dans le tableau II nous avons réuni 18 cas dans lesquels la rupture des membranes avait eu lieu tout à fait au début du travail, c'est-à-dire, dès l'apparition des premières douleurs.

Dans le tableau III nous avons placé tous les cas de rupture des membranes où la dilatation était à ce moment inférieure ou au plus égale à une pièce de 5 francs. Nous avons eu ainsi 41 observations personnelles et 52 communiquées par M. Brindeau.

Dans le tableau IV se trouvent compris 63 cas personnels et 14 dûs à M. Brindeau, cas dans lesquels la rupture des membranes s'est produite, la dilatation étant supérieure à 5 francs, mais pas encore complète.

Enfin dans le tableau V, nous avons groupé 299 cas de rupture spontanée à la dilatation complète et, dans le tableau VI, 64 cas de rupture artificielle à la même dilatation.

Tableau I
Ruptures prématurées des membranes.

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement		Présentation et position	État de l'enfant à la naissance		Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
			terme	T avant T		viv ^t	mort M			
1		M	T		O I D P	V		3.450	0	
2		M	T		O I G T	V		3.400	7	
3	P			8 1/2	O I G A	V		2.850	10	
4		M		8 1/2	O I G A	V		2.300	9	
5		M	T		O I D P	V		2.950	15	
6	P		T		O I G P	V		3.500	10	
7	P		T		O I G A	V		3.070	0	
8		M	T		O I D P	V		2.800	1	
9	P		T		O I G A	V		3.000	11	
10		M		8 1/2	O I G T	V		2.900	5	
11	P			8	O I D P	V		2.480	3	
12		M		7	O I D P	V		1.820	10	
13		M	T		O I G A	V		2.900	3	
14	P		T		O I G A	V		2.960	14	
15	P			8 1/2	O I G A	V		2.570	7	
16		M	T		O I G A	V		2.950	7	
17		M	T		O I G A	V		3.870	8	
18	P		T		O I G A	V		3.160	11	
19	P		T		O I G A	V		2.800	6	
20		M	T		O I G T		M	3.700	10	
21		M	T		O I D P	V		3.330	11	
22	P			6 1/2	O I G A		M	1.270	5	
23	P		T		O I D P	V		3.750	4	
24	P		T		O I G A	V		2.950	13	
25	P			8	O I G A	V		2.630	10	
26	P		T		O I G A	V		3.170	0	Pêche amniochoriale rompue prématurém.
27	P		T		O I G T	V		3.220	5	
28		M	T		O I D P	V		3.000	5	
29		M	T		O I G A	V		3.620	1.5	
30		M	T		O I D P	V		2.800	9	
31	P		T		O I G A	V		3.070	6	
32		M	T		O I D P	V		2.900	5	
33	P		T		O I G A	V		5.050	8	
34	P		T		O I G P	V		3.250	9	
35		M	T		Sommet		M	3.850	0	
36	P		T		O I G A		M	3.350	8	
37		M	T		O I G A	V		3.620	2	
38		M	T		O I D P	V		2.450	6	
39		M		8 1/2	O I G T		M	2.500	7	
40	P			8	O I D P	V		2.400	2	
41		M	T		O I G T	V		2.850	6	
42	P		T		O I G A	V		2.850	6	
43		M	T		Sommet	V		3.150	9	
44		M		7 1/2	Sommet		macér	1.000	0	Syphilis.
45		M	T		O I G A	V		3.400	1.5	
46	P		T		O I D P	V		3.050	0.5	
47		M		8	O I G A	V		2.050	3	
48	P		T		O I G A	V		3.100	11	
49		M	T		O I G A	V		3.100	10	
50		M	T		O I G A	V		3.550	9	
51		M		8 1/2	Siège	V		2.540	7	
52		M	T		O I G A	V		2.850	7	
53		M	T		O I D T	V		3.050	4	
54		M	T		O I G A	V		3.050	8	

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Etat de l'enfant à la naissance	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
55	P	M	8 1/2 8	O I D A	V	2.530	3	
56		M		O I G A	V	2.400	1.5	
57		M		O I G A	V	2.550	5	
58	P	M	T	O I D P	V	2.500	3	Forceps.
59		M		O I G T	V	3.150	3	
60		M		O I G T	M.p ^{tr}	3.150	3	
61	P	M	T	O I G A	V	2.650	3	
62		M		O I G A	V	2.850	10	
63		M		O I G A	V	3.350	8	
64	P	M	T	O I G A	V	3.340	14	Version.
65		M		O I G A	V	3.600	10	
66		M		Épau ^{le}	M.p ^{tr}	3.200	5.5	
67	P	M	T	O I G A	V	3.450	12	
68		M		O I G P	V	3.650	6	
69		M		O I D P	V	3.530	11	
70	P	M	T	O I G P	V	3.150	15	
71		M		O I G A	V	3.050	6	
72		M		O I G A	V	3.020	14	
73	P	M	T	O I G A	V	3.850	8	
74		M		O I D P	V	4.400	14	
75		M		O I G A	V	2.950	10	
76	P	M	T	O I G P	V	3.400	11	Hémorrhagie au 3 ^e mois.
77		M		Siege	V	4.450	0	
78		M		O I D P	V	4.980	12	

Les mensurations suivantes ont été pratiquées par M. Brindeau :

Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations
79	4		89	5		99	10	
80	2		90	6		100	3	
81	12		91	8		101	12	
82	9.5		92	0		102	3	
83	5		93	6		103	18	
84	10		94	12		104	4	
85	6		95	0		105	2	
86	1		96	6		106	12	
87	0		97	7		107	10	
88	3		98	7		108	0	

Tableau II

La rupture des membranes eut lieu au début du travail

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Ménustration des membranes	Observations
1		M					
2	P		T	8 1/2	O I G A	2.750	12
3	P				O I G P	2.450	13
4	P		T	8	O I G A	2.180	5
5	P				O I D P	3.340	11
6		M	T	8 1/2	O I G A	2.700	10
7		M	T		O I G T	3.050	6
8	P			av. T	O I D A	3.450	6
9	P			8	O I G A	2.250	8
10		M	T		O I G A	2.350	9
11		M	T		O I G A	3.300	6
12	P		T		O I D P	3.120	7
13		M	T		O I G P	2.950	10
14	P		T		O I G A	3.550	6
15		M	T	8	O I D P	3.700	9
16		M	T		O I D T	2.650	6.5
17		M	T		Sommet	3.100	8
18	P		T		O I G A	3.500	6.5
					O I G P	2.900	0

Tableau III

La rupture des membranes eut lieu, la dilatation étant de moins de 5 francs.

Numéros	Primipares	Multipares	Èpoque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
1		M	8 1/2	O I G P	3.150	6	
2		M		O I G A	2.850	7	
3	P		8	Siège	2.800	6	
4	P			O I D A	2.770	12	
5		M		O I G A	3.600	6	
6		M	8 1/4	Sommet	2.670	4	
7		M	7 1/2	Siège	1.950	3	
8		M		O I D P	3.450	4	
9	P		8 1/2	O I G P	2.300	6	
10		M		O I D P	3.700	5	
11	P			O I G A	2.830	7	
12	P	M		O I G A	3.000	11	
13	P			O I G A	2.770	8	
14	P			O I G A	3.080	6	
15		M		O I G A	3.050	13	
16		M	8	O I G A	1.370	15	
17		M		O I G A	4.220	14	
18		M		O I D A	2.850	0.5	
19	P			O I D T	3.520	5	
20	P			O I G P	3.080	2	
21	P			O I G A	3.120	8	
22	P		av. T	O I G A	2.620	7	
23		M		O I D T	3.300	3	
24		M		O I G A	3.820	13	
25	P			O I G A	3.300	11	
26		M		O I G A	4.400	10	
27		M		O I D P	3.150	6	
28		M		O I D P	3.900	1	
29	P			O I D P	2.950	5	
30	P			O I G A	2.900	5	
31		M	8 1/2	O I G A	2.720	9	
32	P			O I G A	3.250	6	
33		M		O I G A	3.700	5	
34	P			O I G T	2.650	10	
35	P			O I G A	3.300	4.5	
36	P		8 1/2	O I G P	2.970	1	
37		M		O I G A	4.430	7	
38	P			O I G T	3.300	9	
39	P			O I G A	3.900	7	
40		M		O I G A	3.160	13	
41	P			O I D P	3.125	14	

Les mensurations suivantes sont dues à M. Brindeau :

Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations
42	8		60	4		77	3	
43	6		61	2		78	13	
44	10		62	4		79	20	
45	7		63	6,5		80	9	
46	9		64	4		81	2	
47	4		65	7		82	10	
48	2		66	6		83	10	
49	9		67	12		84	5	
50	10		68	15		85	12	
51	1,5		69	4		86	10	
52	8		70	12		87	5	
53	7		71	7		88	12	
54	8		72	6		89	11	
55	0		73	15		90	5	
56	12		74	6		91	12	
57	11		75	12		92	10	
58	2		76	15		93	12	
59	3							

Tableau IV

La rupture des membranes eut lieu, la dilatation étant de plus de 5 francs.

Nos	Principales	Multiplaires	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
1		M	8 1/2	O I D P	2.900	3	
2		M		O I G A	2.500	6	
3	P			O I G T	2.850	7	
4		M		O I D T	3.250	8	
5	P			O I G T	3.470	11	
6	P			O I G A	3.850	10	
7		M	8 1/2	O I G A	2.280	11	
8		M	8 1/2	O I G A	2.400	7	
9	P		8 1/2	O I G P	2.520	7	
10		M		O I D P	3.800	11	
11	P			O I D P	3.350	7	
12	P			O I G T	2.700	7	
13		M	8 1/2	O I D P	2.820	8	
14	P			O I G P	3.050	19	
15		M		O I G A	3.400	6	
16		M		O I D A	4.450	10	
17	P			face	3.450	5	
18	P			O I D P	2.420	11	
19	P			O I G A	3.550	9	
20	P			O I D P	3.300	6	
21		M		O I G P	3.050	0	
22	P			O I G A	3.070	10	
23		M		O I G T	2.800	9	
24		M		O I G A	3.250	5	
25	P			O I G T	3.150	10	
26		M	8	O I G A	2.430	13	
27		M		O I D P	3.120	9	
28	P			O I D P	3.650	14	
29		M		O I D A	3.770	6	
30		M	8	O I D P	2.000	10	Macéré.
31		M		O I G A	3.050	5	
32		M		O I D A	2.950	0	
33	P			O I G T	3.960	7	
34		M		Sommet	2.960	8	
35		M		O I D T	3.200	9	
36	P			O I D P	3.300	0	
37		M		O I D P	2.800	4	
38		M		O I G T	3.800	1.5	
39	P		8 1/2	O I G A	3.050	9	
40	P		8 1/2	O I D A	2.200	12	
41		M		O I G A	3.500	4	
42	P			O I G A	3.000	11	
43		M		O I G A	3.070	6.5	
44	P			O I D P	3.500	5	
45	P			O I G A	3.750	9	
46	P			O I G P	3.570	2	
47	P			O I G T	2.950	4	
48	P			O I D P	2.960	14	
49	P			O I D P	3.270	8	
50		M	8 1/2	O I G A	3.100	2	
51		M		O I G A	3.000	2	
52		M		O I G A	3.630	7	
53	P			O I G A	2.800	7	
54	P			O I G A	2.950	3	

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement		Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
55		M	T		O I D P	3.300	3	
56	P		T		O I G A	3.450	3	
57	P		T		O I G A	3.700	3	
58		M	T		O I G A	3.840	3	
59	P		T		O I G A	3.450	3	
60		M	T		O I G P	2.970	5.5	
61		M		av. T	O I G A	2.100	5	
62	P		T		O I G T	2.700	3.5	
63	P			8 1/2	O I D P	2.350	4	
Les mensurations suivantes sont dues à M. Brindeau :								
Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations
64	12		69	8		74	5	
65	7		70	0		75	5	
66	20		71	13		76	0	
67	4		72	6		77	13	
68	4		73	8				

Tableau V

Ruptures spontanées des membranes, la dilatation étant complète.

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
1		M	7	siège	820	13	
2		M	8 1/2	O I G A	3.100	0	
3		M	8 1/2	O I G A	2.880	5	
4	P		av. T	O I G T	2.520	6	
5		M	8	O I G A	2.450	7	
6		M		O I G A	2.900	6	
7	P		8 1/2	O I G A	2.650	11	
8		M		O I G A	3.580	7	
9		M		O I G A	3.300	0	
10		M		sommet	3.800	12	
11	P		7	sommet	1.100	10	Macéré.
12		M		O I G A	3.300	4	
13		M		O I D A	2.900	5	
14	P			O I G A	3.100	5	
15		M		O I G P	3.650	7	
16	P			O I G P	2.600	7	
17		M		O I D P	2.900	7	
18		M		O I G P	3.400	8	
19		M	8 1/2	O I G P	2.500	0	
20		M		O I G A	3.100	0	
21	P			O I G A	3.170	7	
22		M		O I G A	3.400	0	
23		M	7	O I D P	1.920	10	
24	P			O I D T	2.920	9	
25	P			O I G A	3.050	2	
26	P			O I G A	3.450	10	
27	P	M		O I G A	3.470	9	
28	P			sommet	2.300	10	
29		M		O I G A	2.770	7	
30		M		O I D P	2.500	7	
31	P			O I G A	2.780	6	
32		M		O I G A	3.150	4	Perte de sang légère vers le 7 ^e mois.
33		M		O I D P	3.650	4	
34		M		O I D P	4.150	8	
35		M		O I G A	3.000	7	
36	P			O I G A	2.400	10	
37	P			O I G A	3.050	0	
38	P			O I D P	3.300	10	
39		M		O I G A	3.850	10	
40		M		O I D A	3.900	7	
41	P			O I G A	3.060	9	
42		M		O I G A	3.090	14	
43		M	8 1/2	O I G A	2.530	6	
44	P		7	O I G A	1.500	8	Macéré.
45		M		O I D A	3.420	11	
46		M		O I G A	3.720	2	
47		M		O I D P	3.700	12	
48		M		O I G A	2.600	10	
49	P			O I G A	2.700	13	
50		M		O I G P	3.540	5	
51		M		O I D P	3.150	9	
52		M	8 1/2	O I G A	2.070	11	
53		M		O I D A	2.720	9	
54		M		O I G A	3.650	11	
55		M		O I G A	3.320	8	Hémorrhagie à 4 et 7 mois.

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Ménstruation des membranes	Observations
56	P		8 1/2	siège	2.490	13	
57		M		O I D P	3.000	6	
58		M	8	O I G T	2.150	3	
59		M		O I G A	3.450	10	
60		M		O I G P	2.750	9	
61		M		O I G A	3.500	11	
62	P			O I G P	3.200	11	
63		M		O I G A	3.850	0	
64	P			O I D P	3.200	3	
65	P			O I D P	3.200	3	
66		M		O I D A	2.950	8	
67		M		O I D P	3.420	13	
68		M		O I D P	3.450	10	
69		M		O I D P	3.200	10	
70		M	8 1/2	O I D T	2.800	6	
71		M		O I G A	3.760	10	
72	P			O I D T	3.100	1	
73	P			O I G A	3.020	6	
74		M		O I D P	2.900	12	
75		M		O I D P	3.230	0.5	
76		M	8 1/2	sommet	2.400	0	
77	P			O I G T	3.250	3.5	
78		M	av. T	O I G A	2.680	0	
79		M		sommet	3.100	1	
80	P			O I G A	3.550	9	
81	P			O I D P	3.400	9	
82	P		8	O I D P	2.400	5	
83		M		O I G A	3.360	10	
84		M		O I D A	3.200	8	
85		M	8 1/2	O I D P	2.650	12	
86		M		O I G A	3.050	2	
87		M		O I G T	3.430	5	Hémorrhagie à 7 mois 1/2
88		M		O I G P	4.950	8	
89	P		8 1/2	O I D A	2.550	16	
90	P			O I D P	3.570	9	
91		M		O I D A	2.780	15	
92		M		O I G A	3.300	6	
93	P		7	O I G A	4.450	14	Macéré.
94	P			O I G A	3.400	8	
95		M		O I G T	2.850	12	
96	P			O I G T	3.270	9	Hémorrhagie abondante à 6 mois
97		M		O I D P	3.430	5	
98		M		O I D A	3.750	6	
99	P			O I D P	3.060	5	
100	P			O I G A	3.710	6	
101		M	8 1/2	O I G A	2.600	13	Hémorrhagie à 3 et 4 mois.
102		M		O I G A	3.200	6	
103		M	8	O I G A	2.850	10	
104		M		O I G A	3.180	7	
105	P		8 1/2	O I D A	2.210	4	
106	P		8 1/2	O I D P	1.860	7	
107		M	8	O I G A	2.400	6	
108		M		O I G A	3.250	10	
109		M	8 1/2	O I G A	2.400	12	
110		M	8	O I G T	3.150	9	

Numéros	Primipares	Multipares	Epoque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
111	P		T	O I G A	3.570	11	
112	P		av. T	O I G A	1.250	10	
113	P		T	O I G A	3.100	7	
114	P		T	O I D A	3.100	8	
115	P		T	O I G A	2.500	7	
116		M	8 1/2	O I G A	2.750	12	
117	P		T	O I G T	3.000	0	
118		M	T	O I G A	4.230	6	
119		M	av. T	O I D T	3.100	3	
120	P		T	O I G P	3.850	14	
121		M	T	O I G A	3.000	12	
122		M	T	siège	2.600	8	
123		M	T	O I G A	2.900	2	
124		M	av. T	O I G P	2.600	2.5	Hémorrhagie à 7 mois.
125		M	T	O I G A	2.900	16	
126		M	8 1/2	O I G A	2.880	0	
127		M	T	O I D P	3.150	9	
128		M	T	O I D A	3.700	11	
129		M	T	O I G A	3.890	6.5	
130	P		T	O I D A	3.040	13	
131		M	T	O I G A	3.600	7	
132	P		T	O I G P	3.300	3	
133		M	av. T	O I G A	2.160	5	Hémorrhagie à 6 mois.
134		M	8 1/2	O I D T	2.650	5	
135		M	T	O I G A	3.250	6	
136		M	T	O I D P	2.700	3	
137	P		T	O I G A	2.630	10	
138		M	8 1/2	O I D P	2.050	6	
139		M	T	O I G T	3.200	11	
140		M	T	O I G A	3.200	10	
141		M	T	O I D P	2.580	0	
142		M	T	O I G T	4.580	7	
143		M	T	O I G A	4.600	9	
144	P		8 1/2	O I D P	2.640	6	
145	P		T	O I G A	3.950	8	
146		M	8	O I G P	1.850	8	

Les mensurations suivantes sont dues à M. Brindeau :

Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations	Numéros	Mensuration des membranes	Observations
147	10		198	15		249	10	
148	19		199	4		250	5	
149	7		200	12		251	10	
150	9		201	8		252	5	
151	8		202	4		253	0	
152	7		203	4		254	14	
153	3		204	10		255	4	
154	10		205	10		256	0	
155	17		206	6		257	7	
156	4		207	5		258	7	
157	0		208	8		259	3	
158	0		209	6		260	8	
159	12		210	5		261	15	
160	10,5		211	10		262	12	
161	2		212	2		263	13	
162	2		213	10		264	10	
163	9		214	10		265	5	
164	10		215	1		266	3	
165	1		216	10		267	1	
166	10		217	9		268	10	
167	13		218	7		269	10	
168	8		219	10		270	12	
169	14		220	10		271	15	
170	2		221	7		272	5	
171	6		222	10		273	5	
172	8,5		223	6		274	8	
173	12		224	6		275	13	
174	4		225	2		276	0	
175	0		226	10		277	15	
176	4		227	20		278	12	
177	14		228	10		279	8	
178	7		229	6		280	12	
179	5		230	7		281	9	
180	4		231	5		282	7	
181	5		232	10		283	10	
182	5		233	10		284	12	
183	10		234	0.		285	10	
184	10		235	155		286	10	
185	2		236	2		287	1	
186	12		237	1		288	13	
187	4		238	3		289	3	
188	5		239	8		290	10	
189	5		240	7		291	3	
190	12		241	6		292	10	
191	9		242	3		293	3	
192	4		243	10		294	13	
193	9		244	8		295	20	
194	10		245	5		296	8	
195	10		246	8		297	12	
196	3		247	6		298	15	
197	8		248	8		299	10	

Tableau VI

Ruptures artificielles des membranes, la dilatation étant complète.

Números	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
1	P		7	siège	850	10	Macéré.
2		M		O I G A	3.350	5	
3		M	7 1/2	O I D P	1.880	0.5	
4	P			O I D P	3.220	10	
5		M		O I G P	3.900	12	
6	P			O I G A	2.400	12	
7		M		O I G A	3.050	15	
8		M		O I G A	3.000	6	
9		M	7 1/2	O I D A	2.280	11	
10		M		O I D A	3.200	15	
11	P			O I D P	3.070	6	Macéré.
12	P		7 1/2	O I D A	2.100	11	
13		M		O I D P	3.500	10	
14		M		O I G A	3.500	3.5	
15	P			O I G A	4.150	13	
16	P			O I G A	3.700	9	
17		M	8	O I G A	1.950	13	
18		M		O I D T	3.150	6	
19	P		8 1/2	O I D A	2.700	2	
20		M		O I D P	3.950	9	
21		M		O I G A	3.650	7	Basiotripsie.
22		M		O I G A	4.150	10	
23		M		O I D T	3.750	4	
24	P			O I G A	3.300	13	
25		M		O I G A	3.160	0	
26	P			O I G A		8	
27	P			O I G A	3.050	17	
28		M		O I G A	3.240	8	
29		M	8	O I G A	2.630	8	
30	P		5 1/2	O I D A	980	10	hémorrh. à 6 mois et 7 mois.
31	P			O I G A	2.780	11	
32		M		O I G A	2.800	10	
33		M		O I G P	3.250	3	
34	P			O I G P	3.800	10	
35		M		O I G A	3.770	8	
36		M	av. T	O I G A	2.820	6	
37	P			O I D P	2.650	5	
38		M		O I G A	3.320	0	
39	P			O I G P	2.800	6	Macéré.
40		M		O I G A	3.350	9	
41		M	8	O I G P	2.500	6	
42		M		O I G A	3.300	7	
43	P		8	O I G A	2.700	12	
44		M		O I G A	3.600	14	
45	P			O I D P	3.400	6	
46		M	av. T	O I G A	2.000	7	
47		M		O I D P	3.610	4	

Numéros	Primipares	Multipares	Époque de l'accouchement	Présentation et position	Poids de l'enfant	Mensuration des membranes	Observations
48		M	T	O I G P	2.750	10	
49		M	T	O I G P	3.800	8	
50		M	T	O I G A	3.470	4	
51	P		8	O I D P	2.770	3	
52		M	av. T	O I G A	2.500	11	
53		M		O I D P	3.000	12	
54	P			O I D P	2.500	9	
55		M		O I D A	3.550	0	
56		M	8	O I G A	2.400	6	
57	P			O I G A	3.270	10	
58		M		O I D A	3.420	10	
59		M		O I D P	3.150	9	
60	P			O I G A	3.150	7,5	
61	P			O I D P	3.300	6	
62		M	8 1/2	O I D A	2.650	10	
63		M	T	O I G P	3.000	10	
Mensuration communiquée par M. Brindeau :							
64						12	

CHAPITRE III

Nous avons, dans le chapitre précédent, exposé sous forme de tableaux les résultats de nos mensurations.

Nous allons voir maintenant ce que peuvent apprendre, d'abord l'examen de chaque tableau en particulier et ensuite celui de tout l'ensemble.

Dans la première partie du tableau I, nous remarquons que, sur 78 ruptures prématurées, il faut en attribuer :

29 aux primipares,
49 aux multipares.

D'autre part, nous avons calculé la proportion de primipares et de multipares qui avaient accouché dans les 8 derniers mois de l'année 1895 à la Clinique d'accouchement et de Gynécologie, et nous avons trouvé :

39,48 0/0 primipares,
60,51 0/0 multipares.

Ce qui nous fait en chiffres ronds une proportion de 2 primipares pour 3 multipares.

Etablissons maintenant la part qui revient ainsi, dans les cas de rupture prématurée, aux primipares et aux multipares et nous trouvons que pour 49 multipares, nous devrions avoir 32 primipares au lieu de 29. L'écart entre ces deux chiffres est réellement trop faible pour que nous puissions affirmer que la multiparité soit une cause prédisposante à la rupture prématurée des enveloppes de l'œuf.

Nous avons ensuite pu noter sur les 78 cas de notre tableau :

60 accouchements à terme;

18 accouchements prématurés.

Sur ces 18 accouchements, 6 avaient eu lieu chez des primipares et 12 chez des multipares. De plus, sur ces 18 accouchements prématurés, il y avait 16 fois insertion du placenta sur le segment inférieur.

Quelle est donc l'influence que la rupture prématurée peut exercer sur l'accouchement? Nous avons remarqué que dans un nombre relativement faible de fois (23,09 0/0), la rupture intempestive des membranes pouvait avoir provoqué l'accouchement prématuré.

Maintenant quel est le degré de fréquence de la rupture prématurée? Il nous suffit d'en calculer la proportion; car sur 659 accouchements nous avons 108 cas de rupture intempestive, ce qui nous donne

16,38 0/0,

chiffre plus élevé que celui de *Kemper* (1) qui n'ob-

(1) Loco citato.

tient, sur 700 accouchements, qu'une proportion de 7,14 0/0.

Si nous recherchons l'influence des présentations anormales, nous la trouvons faible, car sur nos 78 cas de rupture prématurée, nous n'observons que 2 présentations du siège et 1 de l'épaule.

Nous avons donc :

75	présentations du sommet,
2	— du siège;
1	— de l'épaule.

Ce qui ne nous donne qu'une proportion de 3,8 0/0.

Enfin, nous devons nous demander si la rupture prématurée est d'un pronostic fâcheux pour l'enfant. En consultant notre tableau nous remarquons bien qu'il y a eu 8 enfants nés morts; mais sur ces 8, nous devons en éliminer un seul qui était macéré.

Nous avons ainsi 7 morts d'enfants attribuables à la rupture prématurée des enveloppes de l'œuf; ce qui nous donne

8,97 0/0.

Dans le tableau II nous observons les cas où la rupture des membranes s'est produite dès l'apparition des premières douleurs : là nous notons, sur 18 accouchées,

9 primipares,
9 multipares.

Les accouchements prématurés y sont au nombre de 6 et dans 5 cas il y avait insertion vicieuse du placenta.

Sur les 18 placentas, dont les mensurations ont été réunies dans ce tableau, 15 fois les membranes mesuraient moins de 10 centimètres.

Le tableau III fait mention de 41 cas dans lesquels la rupture des membranes fut observée au moment où la dilatation était d'environ 5 francs ; nous y remarquons :

20 primipares,

21 multipares.

et 9 accouchements prématurés dont 4 chez des primipares et 5 chez des multipares.

Sur ces 9 accouchements prématurés, il y eut 8 fois insertion vicieuse du placenta.

Enfin pour nos 41 cas personnels et les 52 dûs à M. Brindeau, nous avons 69 placentas insérés sur le segment inférieur.

En examinant le tableau IV nous trouvons sur 63 accouchées :

32 primipares,

31 multipares.

Il y est relaté 12 accouchements prématurés dont 9 avec insertion du placenta sur le segment inférieur.

Dans les 77 placentas examinés en partie par M. Brindeau, et en partie par nous-même, nous pouvons noter 63 cas où la distance minima qui séparait le bord placentaire du bord de l'ouverture des membranes, était de 10 ou moins de 10 centim.

Nous avons pu réunir dans le tableau V, 299 cas de rupture spontanée des membranes à la dilatation

complète, dont 146 nous sont personnels. Parmi ces 146 accouchées, il y a :

48 primipares,

98 multipares.

Ces accouchements peuvent se répartir en :

108 accouchements à terme,

38 — prématurés.

Sur les accouchements prématurés il n'y a eu que 28 fois, insertion vicieuse du placenta.

Enfin sur les 299 cas où la rupture fut tempes-
tive, nous en avons relevé 239 où les membranes
mesuraient moins de 10 centim.

Dans notre dernier tableau que nous avons réservé
pour les ruptures artificielles, pratiquées au moment
de la dilatation complète, nous remarquons encore
une assez forte proportion d'insertions vicieuses ;
car sur 64 observations, il en existe 48 ; les primi-
pares sont au nombre de 23 et les multipares de
40 sur 63 accouchées.

Enfin, nous pouvons encore mentionner 16 cas
d'accouchement prématuré, dont 14 avec insertion
du placenta à moins de 10 centim. de l'orifice
externe du col utérin.

Que nous apprennent, dans leur ensemble, les
tableaux précédents ?

En totalisant les résultats de chacun d'eux, nous
arrivons à un chiffre de 659 accouchements.

Dans 523 cas, le placenta était inséré à 10 ou
moins de 10 centim. de l'orifice externe du col.

Nous obtenons ainsi un grand nombre d'insertions vicieuses, car nous en avons une proportion de

79,36 0/0

dont

38,53 0/0 pour les primipares,

61.45 0/0 pour les multipares.

Si nous comparons ces résultats à ceux fournis déjà par les divers auteurs, nous trouvons un écart considérable.

Ainsi, M. le professeur Pinard indiquait, en 1886, 28,12 0/0 ; et le docteur Maggiar, en 1895, 57,52 0/0, ce qui était déjà plus du double ; et nous même trouvons aujourd'hui une proportion encore plus élevée de 79,36 0/0.

D'autre part, en examinant le nombre indiqué par quelques auteurs, des primipares ayant une insertion sur le segment inférieur, nous trouverons que notre chiffre de 38,53 0/0 ne s'écarte pas sensiblement de ceux fournis dans ces derniers temps.

Maggiar. 46,62 0/0

Pinard 33,92 0/0

Simpson 30 0/0

La proportion d'insertions du placenta sur le segment inférieur est donc, avons-nous dit, de 79,36 0/0.

Voyons maintenant quel peut être le nombre d'insertions vicieuses ayant occasionné la rupture prématurée des membranes.

Sur 659 accouchements, nous avons 523 insertions

sur le segment inférieur ; de plus, nous n'avons relevé que 89 cas de rupture prématurée des membranes avec insertion basse du placenta ; il nous est donc facile de calculer la proportion des ruptures prématurées dans les cas d'insertions vicieuses du placenta et nous obtenons ainsi

17,10 0/0.

Mais l'insertion du placenta sur le segment inférieur étant presque la règle (79,36 0/0), nous pensons pouvoir dire que cette insertion basse n'est pas cause de la rupture des membranes lorsque celle-ci a lieu prématurément.

Effectuons, pour les accouchements prématurés, le même calcul que précédemment. Nous en trouvons réunis dans nos tableaux 99 sur 409 accouchements.

Sur ces 99 accouchements prématurés, il n'y a eu que 77 fois insertion vicieuse du placenta ; mais sur les 409 accouchements, nous notons 327 insertions vicieuses.

Nous trouvons comme proportion d'accouchements prématurés, avec insertion sur le segment inférieur de l'utérus

23,54 0/0.

Il n'y aurait donc que dans 1/4 environ des cas d'insertion basse, que l'on pourrait invoquer celle-ci comme cause de l'accouchement prématuré. Cette proportion est si faible que nous ne croyons pas que l'on puisse faire de l'accouchement prématuré une

conséquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Si nous abaissions à 4 centimètres, comme du reste l'a fait le docteur Maksud, la limite fixée actuellement à 10 centimètres pour l'insertion du placenta sur le segment inférieur, nous aurions 31,10 0/0 d'insertions vicieuses au lieu de 79,36 0/0.

Dans la majorité des cas de rupture prématurée des membranes, nous ne pourrions pas davantage invoquer comme cause l'insertion vicieuse du placenta, car notre tableau des ruptures prématurées nous donnerait seulement une proportion de

20 0/0.

De ces divers chiffres, nous ne pourrions guère en tirer que les déductions suivantes :

1° Il y a un plus grand nombre, que l'on ne le croit d'habitude, de placentas d'insérés sur le segment inférieur de l'utérus et qui ne se manifestent par aucun signe clinique.

2° L'insertion vicieuse ne peut être mise en cause lorsque la rupture des membranes ou l'accouchement se fait prématurément.

Enfin nous terminerons en recherchant si l'insertion plus ou moins élevée du placenta peut être favorable ou défavorable au développement de l'enfant.

Le docteur Lacaille, avons-nous vu plus haut, pense que c'est le fond ou tout au moins le tiers supé-

rieur de l'utérus qui est le lieu d'insertion le plus propice.

Nous avons pour cela calculé le nombre d'enfants dont le poids était d'au moins 3.250 grammes et nous avons trouvé que, sur 147 enfants, il n'y en avait que 27 dont le placenta était manifestement inséré au dessus du segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire que dans ce cas la mensuration des membranes donnait un chiffre supérieur à 10 centimètres. D'où nous pensons que le point d'insertion du placenta dans l'utérus ne semble pas, quand toutefois il n'existe pas de lésions placentaires, influencer beaucoup l'enfant dans son développement.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, pensons-nous, un plus grand nombre, que l'on ne le croit d'habitude, de placentas insérés sur le segment inférieur de l'utérus. Il n'y aurait guère que dans $\frac{1}{5}$ des cas que le placenta se trouverait être sur le segment moyen ou sur le segment supérieur; si toutefois on maintient le chiffre de 10 centimètres comme maximum de la distance minima du bord placentaire au bord de l'ouverture des membranes, pour les cas d'insertion sur le segment inférieur.

II. — L'insertion vicieuse du placenta, ainsi que les présentations anormales, ne semblent pas, croyons-nous, provoquer ni la rupture prématurée des membranes, ni l'accouchement prématuré.

III. — L'enfant se développe tout aussi bien, que le placenta soit inséré sur le segment inférieur ou sur les segments moyen et supérieur de l'utérus, sauf, bien entendu, les cas où il existe des lésions placentaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Hippocrate.* — Œuvres complètes Traduct. de Littré.
T. VII.
- F. Mauriceau.* — Traité des maladies des femmes grosses.
Paris, 1675.
- Puzos.* — Traité des accouchements, 1759.
- A. Levret.* — L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique. Paris, 1766.
- Baudelocque.* — L'art des accouchements. Paris, 1807.
- Maygrier.* — Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements. Paris, 1817.
- M^{me} Lachapelle.* — Pratique des accouchements, ou mémoires et observations choisis sur les points les plus importants de l'art. Paris, 1821.
- Dervilliers fils.* — Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement, considérés au point de vue de la rupture des membranes de l'œuf. Archives générales de médecine, 1850.
- Paul Dubois.* — Courrier médical, 1856.
- Hubert.* — Cours d'accouchements. Louvain, 1863-1868.
- Joulin.* — Traité complet d'accouchements, Paris, 1866.
- Nægelé.* — Traité pratique de l'art des accouchements, 1869.
- Depaul.* — Leçons de clinique obstétricale, 1872-1876.
- Guéniot.* — Gazette des Hôpitaux, 1872.
- Garipuy.* — Etude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée et artificielle. Thèse, Paris, 1873.
- Barnes.* — Leçons sur les opérations obstétricales. Traduct. par le docteur Cordes.

- Cazeaux*. — Traité complet d'accouchements, 1874.
- Depaul*. — Gazette obstétricale, 1874.
- Charpentier*. — Archives de tocologie, 1876.
- Mathews-Duncan*. — Sur le mécanisme de l'accouchement etc.
Traduction par le docteur Budin, 1876.
- Roulin*. — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Thèse Paris, 1878.
- Poulet de Lyon*. — Implantation vélamenteuse du cordon, considérée comme l'une des causes de la rupture prématurée des membranes. Annales gynéc., 1879.
- Ribemont*. — Recherches expérimentales sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf humain. Archives de tocologie, 1879.
- Depaul*. — Rupture prématurée des membranes. Jour. Sages-femmes. Paris, 1879, VII, 265.
- Depaul*. — Rupture prématurée des membranes. Revue de thér. méd. chirurg., Paris, 1880, XXVII, 263.
- Depaul*. — Rupture prématurée des membranes. Journ. d. sag. femme. Paris 1880, VIII, 65.
- Tarnier et Chantreuil*. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1880.
- Weber* (de Saint-Petersbourg). — Rupture prématurée des membranes. Ann. Gynéc., 1880, tome I.
- Roisin*. — La rupture prématurée et spontanée des membranes sous le rapport de leurs récidives. Th. Paris, 1880.
- Simoni*. — Contribution à l'étude de la poche des eaux. Th. Lyon, 1881.
- Alézaïs (H.)*. — De la rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Th. Montpellier, 1882.
- Lacaille*. — De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. Th. Paris, 1883.
- Kemper*. — The American Journal of the Medical Sciences. Avril 1885.
- Homburger*. — Gynäkologische Klinik. Strasbourg, 1885.

Pinard. — Annales de Gynécologie. Mars 1886.

Maksud. — Diagnostic retrospectif de l'insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies dues à la rupture du sinus circulaire. Th. Paris, 1893.

Maggiar. — De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents.
Th. Paris, 1895.

Vu : Le Doyen, Accepté : Le Président de la Thèse,
BROUARDEL. P. BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

